Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 683

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 januari 2016

In mijn brief van 6 februari 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 116 bijlage 3) heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om in haar toezicht expliciet een aantal onderwerpen mee te nemen, waaronder risicoselectie. Risicoselectie vind ik ongewenst omdat: (1) het de risicosolidariteit in ons zorgstelsel kan aantasten (2) het nadelige gevolgen kan hebben voor de (onbelemmerde) toegang tot de basisverzekering en (3) zorgverzekeraars hierdoor de aandacht voor innovaties en doelmatigheid van de zorg uit het oog kunnen verliezen.

De NZa heeft aan mijn verzoek gehoor gegeven door een kwantitatief onderzoek naar risicoselectie uit te voeren. De eerste tussenrapportage van dit onderzoek heb ik in juni jl. naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 29 689, nr. 634). Bijgaand bied ik u het tweede deel van het kwantitatieve onderzoek naar risicoselectie en de bijbehorende aanbiedingsbrief van de NZa aan[1]. In dit onderzoek heeft de NZa een *brede* definitie van risicoselectie gehanteerd. Deze definitie bevat niet alleen de bewuste acties van zorgverzekeraars, maar ook de acties van zorgverzekeraars die een ander doel hebben en de acties van verzekerden zelf (zelfselectie) die de risicosolidariteit kunnen aantasten.

De hoofdboodschappen van deze brief zijn als volgt:
- De NZa ziet aanwijzingen dat segmentatie op de polismarkt voorkomt, maar stelt dat ze op basis van het onderzoek niet kan concluderen of de risicosolidariteit wordt aangetast of dat er sprake is van risicoselectie. De NZa zal in een kwalitatief vervolgonderzoek nagaan of zorgverzekeraars strategieën gebruiken gericht op risicoselectie, en zo ja welke. Op basis hiervan zal de NZa aanbevelingen formuleren en indien nodig maatregelen nemen. De NZa is van plan dit rapport voor de zomer af te ronden.

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-29689-683
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

- De belangrijkste bevindingen die de NZa in het vervolgonderzoek zal betrekken zijn: (1) bij tien procent van de onderzochte basispolissen bestaan sterke aanwijzingen voor segmentatie op basis van gezondheidsrisico's van verzekerden; (2) een hoog vrijwillig eigen risico, het niet hebben van een aanvullende verzekering en polissen met beperkende voorwaarden[2] («budgetpolissen») gaan gepaard met een positief vereveningsresultaat[3] en (3) verzekerden met een vrijwillig eigen risico en een polis met beperkende voorwaarden betalen een lagere dan gemiddelde premie, hetgeen de risicosolidariteit[4] kan aantasten.
- Deze bevindingen kunnen voortkomen uit acties door verzekerden of zorgverzekeraars. Ik vind het van belang inzicht te krijgen of bovenstaande daadwerkelijk het gevolg is van doelbewuste acties van zorgverzekeraars. Dat zal moeten blijken uit de resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Pas dan is te bepalen of aanvullende maatregelen nodig zijn en wat dergelijke maatregelen zouden moeten inhouden. Aangezien de onderzoekperiode 2010–2013 betreft zal ik hierbij ook de maatregelen betrekken die sindsdien zijn genomen, bijvoorbeeld ten aanzien van de risicoverevening, en de veranderingen die verzekeraars zelf in gang hebben gezet (zoals het Actieplan Kern-gezond).

De belangrijkste bevindingen

Segmentatie op basis van kenmerken

Bij 7 van de 74 onderzochte polissen bestaan volgens de NZa sterke aanwijzingen voor **segmentatie** op basis van gezondheidsrisico's. Deze polissen laten een selectieve populatie zien (verzekerden met gunstige of juist minder gunstige gezondheidsrisico's dan gemiddeld) én daarbij aanwijzingen voor een selectieve in- en uitstroom van verzekerden. Dergelijke segmentering kan een aanwijzing zijn voor risicoselectie, dat wil zeggen selectie-activiteiten door verzekeraars en zelfselectie door verzekerden. Concerns die meerdere polissen aanbieden hebben overigens vaak zowel polissen met positieve als met negatieve resultaten: op concernniveau blijken de resultaten elkaar dus uit te middelen.

Relatie tussen poliskenmerken en polisresultaat

Bovenstaande hangt deels samen met de poliskenmerken, waaronder het **vrijwillige eigen risico**. Uit het NZa-onderzoek blijkt dat het kiezen van een vrijwillig eigen risico gepaard gaat met een positief vereveningsresultaat. Daarbij geldt ook hoe hoger het gekozen vrijwillig eigen risico, hoe hoger het vereveningsresultaat. Dit impliceert dat een hoge korting voor het vrijwillig eigen risico een manier voor zorgverzekeraars kan zijn om voorspelbaar winstgevende verzekerden aan te trekken. Het is ook mogelijk dat het vereveningsresultaat het gevolg is van keuzes van de verzekerde zelf (zelfselectie). Daarnaast kan de remmende werking van het vrijwillig eigen risico op de zorgkosten een positief effect hebben op het resultaat. Het vereveningsresultaat wordt immers ook beïnvloed door de verschillen in gewoontes van verzekerden om meer of minder zorg te gebruiken.

---

[2] De NZa hanteert hier dezelfde definitie als in haar Marktscan. Het gaat bij deze polissen onder andere om voorwaarden zoals selectieve contractering van zorgaanbieders, een relatief lage vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg, en/of de verplichting om bepaalde zaken online te regelen.

[3] De NZa stelt dat «»vereveningsresultaat»» in grote lijnen het verschil tussen de werkelijke zorgkosten en door de risicoverevening van tevoren berekende zorgkosten betekent.

[4] De NZa heeft risicosolidariteit als volgt gedefinieerd: «»mensen met een kleine kans op ziekte betalen evenveel premie als mensen die een grote kans op ziekte hebben»».

Verder blijken verzekerden met een **polis met beperkende voorwaarden** een groep verzekerden te zijn met een positief vereveningsresultaat. De NZa geeft aan dat het hogere resultaat niet één op één vertaald kan worden naar gunstigere gezondheidsrisico's. Waarschijnlijk is het vereveningsresultaat een gevolg van een combinatie van effecten van zowel de verzekerde als zorgverzekeraar waardoor de zorgkosten lager blijven dan gemiddeld. Evenals bij het vrijwillig eigen risico kiezen verzekerden voor polissen met beperkende voorwaarden als ze verwachten weinig zorgkosten te maken (zelfselectie). De zorgverzekeraar kan op zijn beurt met zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt over doelmatige zorg. Vervolgens worden verzekerden bij deze polissen – bijvoorbeeld door de gedeeltelijke vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders – gestimuleerd om de zorgaanbieders te raadplegen met wie doelmatigheidsafspraken zijn gemaakt.

Daarnaast blijken verzekerden met een **aanvullende verzekering** gemiddeld een lager resultaat te genereren voor de basisverzekering dan verzekerden zonder een aanvullende verzekering. Dit kan bijvoorbeeld ontstaan doordat vooral verzekerden die verwachten weinig zorgkosten voor de basisverzekering te maken geen aanvullende verzekering zullen afsluiten. Het lid zijn van een **collectiviteit** houdt daarentegen geen verband met het vereveningsresultaat. De beschikbare data zijn niet toereikend om te kunnen bepalen of collectiviteiten en aanvullende verzekeringen methoden zijn voor risicoselectie. Daarom zal de NZa zich in het kwalitatieve onderzoek ook richten op deze thema's.

Risicosolidariteit

Uit de analyses waar de betaalde premie wordt betrokken blijkt dat de verzekerden met een vrijwillig eigen risico en met een polis met beperkende voorwaarden een lagere dan gemiddelde premie betalen. Hoewel de zorgverzekeraars de positieve resultaten maar voor een deel doorgeven, lijkt de **risicosolidariteit** in bepaalde mate wel te worden aangetast. Een dergelijke conclusie is echter niet mogelijk op basis van het onderzoek, zo stelt de NZa zelf, omdat ze bij de interpretatie van de premieverschillen geen rekening heeft gehouden met de specifieke kenmerken van de polis. De lagere prijs kan namelijk samenhangen met andere (beperkende) polisvoorwaarden of verschillen in kwaliteit en service.

Beleidsimplicaties

De NZa geeft aan dat op basis van dit onderzoek niet gesteld kan worden of zorgverzekeraars doelbewuste acties ondernemen tot risicoselectie. De analyses uit het onderzoek laten achteraf zien hoe de zorgkosten zich hebben verhouden tot de vereveningsbijdragen. Het blijft echter de vraag in hoeverre zorgverzekeraars bij het op de markt brengen van de polissen op de hoogte waren van mogelijke vereveningsresultaten en hierop hebben geanticipeerd. Alvorens ik concrete acties overweeg, heb ik daarom meer inzicht nodig in de vraag of – en zo ja hoe – zorgverzekeraars doelbewuste acties ondernemen om tot risicoselectie te komen. Het is mijns inziens niet eenvoudig om dat vast te stellen, zoals in deze brief al is aangegeven, omdat vele aspecten een rol spelen. Ik wacht de resultaten van het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie door de NZa, waarin de bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek geduid worden, met veel interesse af. In dit kwalitatieve onderzoek zal ook specifiek aandacht besteed worden aan de aanvullende verzekering en collectiviteiten.

Ik vind risicoselectie om verschillende redenen ongewenst. Eén van de instrumenten om risicoselectie tegen te gaan is een goed werkende

risicoverevening die zorgverzekeraars voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van de gezondheidskenmerken van hun verzekerdenportefeuilles compenseert. Ik voer daarom met de brief «Kwaliteit loont» (Kamerstuk 31 765, nr. 116) forse aanpassingen door in de verevening opdat verzekeraars op gelijke voet met elkaar kunnen concurreren en verzekeraars zich meer gaan richten op chronische zieken en andere kwetsbare groepen. Aangezien het NZa rapport zich baseert op – gedeeltelijk voorlopige – data in periode 2010–2013 zijn de recente, ingrijpende aanpassingen in de risicovervening niet meegenomen, die van invloed zullen zijn op de financiële prikkels van verzekeraars om al dan niet aan risicoselectie te doen. De tweede manier om risicoselectie te bestrijden is via scherp toezicht van de NZa onder meer ten aanzien van inschrijvingseisen, overstapbelemmeringen en vergelijkingssites. Ten slotte ondernemen ook verzekeraars zelf actie op basis van hun plan Kerngezond.

Ik noem nog twee specifieke, aanpalende activiteiten in deze context. Ten eerste heb ik in december jl. uw Kamer toegezegd (aanvullend) onderzoek te doen naar het vrijwillig eigen risico. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek na de zomer naar uw Kamer te kunnen sturen. Ten tweede heb ik in mijn brief over budgetpolissen en risicoselectie van 30 juni jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 634) aangegeven dat ik herverzekering van het vrijwillig eigen risico via de aanvullende verzekering ongewenst vind. Omdat via de aanvullende verzekering een selectiebeleid kan worden toegepast, kan herverzekering van dit risico de risicosolidariteit aantasten, aangezien er geen risico tegenover de premiekorting staat. Ik wil herverzekering van het vrijwillig eigen risico via de aanvullende verzekering verbieden en zal uitzoeken hoe hier vorm aan te geven.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers